



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

***Aplicabilidad de las terapias
complementarias en cuidados paliativos***

Revisión Narrativa

REALIZADO POR:

Laura Jiliberto Serrano

Marina Verano de la Torre

TUTORIZADO POR:

Matilde Tenorio Matanzo

ÍNDICE

RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	1
Fundamentación	14
Pregunta de investigación	16
Objetivos	16
METODOLOGÍA	17
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	31
Limitaciones	37
CONCLUSIÓN	39
AGRADECIMIENTOS	41
BIBLIOGRAFÍA	43
ANEXO1	51

RESUMEN:

Objetivo: Conocer la aplicabilidad de las Terapias Complementarias (TC) en los cuidados paliativos.

Fundamentación: Las TC están en auge y cada vez es mayor su demanda entre la población general. Se suelen usar al margen del Sistema Sanitario, y sus posibles interacciones con fármacos pueden suponer riesgos importantes. Si se integrasen en el Sistema Sanitario, se conseguiría un cuidado más holístico y mayor seguridad en su uso. Consideramos que estas terapias podrían ser especialmente beneficiosas para el grupo de pacientes que requieren cuidados paliativos, ya que comparten valores y objetivos, pudiendo mejorar su sintomatología y aumentar su calidad de vida.

Método: Se seleccionaron artículos de 6 bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl, Scielo, Medline y Cochrane Plus. Para ello se usaron búsquedas estandarizadas con los términos “terapias complementarias”, “terapias alternativas”, “cuidados paliativos” y “hospice”; unidas por los operadores booleanos “AND” y “OR”.

Se limitó la búsqueda a artículos de los últimos 5 años, escritos en inglés, español o francés, en los cuales el resumen y el texto completo estuvieran disponibles. Los artículos definitivos se seleccionaron en base a criterios de inclusión y exclusión tras la lectura del resumen.

Resultados principales: Se seleccionaron 27 artículos: 7 revisiones, 13 estudios descriptivos transversales y 7 estudios analíticos. Versaban sobre la aplicabilidad, prevalencia, eficacia, motivos de uso y obstáculos en la aplicación de la acupuntura, el masaje en solitario o combinado con otra terapia complementaria, la musicoterapia, el cuidado espiritual, el yoga y la danza en cuidados paliativos.

Conclusiones: Las TC que se podrían integrar en los cuidados paliativos son la acupuntura, la musicoterapia y el masaje, aunque son necesarios futuros estudios de mayor calidad metodológica para confirmar su eficacia y aplicabilidad. Estas terapias parecen ser seguras y beneficiosas en el manejo de algunos síntomas como el dolor, la ansiedad, las náuseas y los vómitos de los pacientes que requieren cuidados paliativos. Además parecen aumentar la tranquilidad, la paz interior y la calidad de vida.

Palabras clave: Terapias complementarias, terapias alternativas, cuidados paliativos, aplicabilidad y hospice.

ABSTRACT:

Purpose: To establish the applicability of complementary therapies in palliative care.

Justification: The use and demand of Complementary therapies has increased in the last decades. These therapies are rarely covered by the public health system. This lack of medical supervision of the interactions among prescribed drugs may put the health of the patient at risk. If these therapies were included into the public Health System, they would be safer and patients care would also be more complete and holistic. We consider that these therapies could be beneficial for patients in palliative care because they share many values and objectives and they also could improve their symptoms and quality of life.

Methods: a systematic search was carried out to identify published studies in 6 data bases: Pubmed, Cuiden, Cinahl, Scielo, Medline and Cochrane Plus. Search terms included “complementary therapies”, “alternative therapies”, “palliative care” and “hospice”, these keywords were combined with “AND” and “OR”.(Eg. Complementary therapies AND palliative care)

The search was limited to data published within the last 5 years, written in English, French or Spanish and with abstract and complete text available. The papers were selected using inclusion and exclusion criteria after the reading of their abstract.

Results: 27 papers were included in our review-7 reviews, 13 descriptive studies and 7 analytic studies. The topics of the articles were the applicability, the prevalence, the effectiveness, the reasons for their use and obstacles found in the application of acupuncture, massage, music therapy, spiritual care, yoga and dance therapy in palliative care.

Conclusion: Acupuncture, music therapy and massage are complementary therapies that could be integrated in palliative care service, even though further research with higher quality methodology is needed to confirm the conclusions reached in this dissertation. These therapies seem to be safe and have benefits in palliative care patients’ symptoms management, for example to manage pain relief, anxiety, nausea and vomits. In addition, they seem to increase calm, inner peace and quality of life.

Key words: complementary therapies, alternative therapies, palliative care, hospice and applicability.

INTRODUCCIÓN

Concepto y clasificación de las Terapias Complementarias

Es difícil concretar en una única definición el concepto de terapias complementarias (TC). Esto se debe a la gran variedad de tipos que abarca y a que en múltiples ocasiones se utilizan diferentes términos como sinónimos para hacer alusión a ellas: terapias complementarias, terapias alternativas, terapias naturales, terapias tradicionales, etc. Además, el uso de estos términos ha ido variando en función del país y el momento histórico, lo cual puede resultar confuso y dar lugar a errores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Medicina Complementaria y Medicina Alternativa como el “conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal”. (1)

Por otro lado, define Medicina Tradicional como “todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales”. (1)

En España, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) define las terapias complementarias como “el conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de manera individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades”. (2)

Esta amplia terminología continúa evolucionando y en los últimos años el término más utilizado ha sido “terapias alternativas”, ya que la palabra “alternativo” abarca todas aquellas técnicas con fines terapéuticos que quedan fuera de la enseñanza y la práctica médica convencional o científica. (3)

Sin embargo, ya que normalmente los usuarios de este tipo de técnicas no dejan de ver a su médico del sistema de salud, actualmente existe una tendencia que reemplaza el término de “Medicina Alternativa” por el de “Medicina Complementaria”. Este concepto fue acuñado en Inglaterra y se ajusta más a la realidad de su uso en los países

desarrollados porque normalmente los pacientes las utilizan como complemento a su tratamiento médico convencional. (3)

Siguiendo esta tendencia, la AECC habla de medicina complementaria cuando se utiliza conjuntamente con la medicina convencional, y de medicina alternativa cuando se utiliza en lugar de ella. (2)

Como hemos mencionado anteriormente, las terapias complementarias abarcan un grupo muy amplio y heterogéneo de técnicas, lo cual dificulta su enumeración y clasificación, así como la delimitación de su alcance. Por lo tanto hay una gran cantidad de clasificaciones diferentes.

Nos hemos basado en la clasificación publicada en El Informe de la White House Comission on Complementary and Alternative Medicine Policy and The National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), por ser la más extendida. Este informe las agrupa en 5 dominios (4):

- Sistemas médicos integrales
- Técnicas de la mente y el cuerpo
- Prácticas biológicas
- Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo
- Técnicas sobre la base de la energía

CLASIFICACIÓN DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS		
TIPO DE TERAPIA	DEFINICIÓN	EJEMPLOS
Sistemas médicos integrales	Son aquellas terapias que se construyen en torno a sistemas completos de teoría y práctica, que han evolucionado al margen del enfoque biomédico convencional.	Homeopatía, naturopatía, medicina naturista, medicina tradicional china, acupuntura y ayurveda.
Técnicas de la mente y el cuerpo	Son aquellas terapias que se concentran en la interacción entre la mente, el cuerpo y el comportamiento y técnicas de control mental para modificar las funciones físicas y promover la salud.	Yoga, meditación, curación metal, oración, kinesiología, hipnoterapia, sofronización, musicoterapia, arteterapia y danza

Prácticas biológicas	Son aquellas terapias que emplean sustancias que se encuentran en la naturaleza, por su sabor, aroma y posibles propiedades terapéuticas (hierbas, flores, hojas, cortezas de árboles, frutas, semillas, tallos, raíces y alimentos)	Fitoterapia, aromaterapia, terapia floral, terapia nutricional, tratamientos con suplementos nutricionales y vitaminas.
Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo	Son aquellas terapias que hacen énfasis en la manipulación o el movimiento de una o más partes del cuerpo. La convicción fundamental es que todos los sistemas del cuerpo trabajan conjuntamente de forma integrada y los trastornos en un sistema pueden afectar al funcionamiento en otras partes del cuerpo.	Osteopatía, quiropraxia, quiromasaje, reflexología, Drenaje linfático, shiatsu y sotaí.
Técnicas sobre la base de la energía	Son aquellas terapias que usan campos de energía para influir en el estado de salud.	Qi-Gong o Chi-Kung, Reiki, terapia biomagnética o con campos magnéticos.

(5)

Concepto de Cuidados Paliativos

Los cuidados del dolor y de las personas próximas a la muerte han existido desde el comienzo de la humanidad y han ido variando en función de factores como la época, la cultura o la religión. Sin embargo, para nuestro trabajo vamos a tratar el concepto de cuidados paliativos que surge de la filosofía iniciada por Cicely Saunders y el movimiento “Hospice”. (6)

Este término de “Hospice” comienza a utilizarse con la fundación del St. Christopher’s Hospice en 1967 por Cicely Saunders en Londres, donde se prestaba atención a las personas al final de su vida. Con el tiempo, el St. Christopher y otros hospices posteriores fueron evolucionando y asumiendo, además de la difícil tarea del control y manejo de los síntomas del paciente, la función de trabajar la pérdida con las familias. (6)

Este concepto de hospice se refiere por una parte al edificio en sí, pero también a la forma de realizar los cuidados paliativos, ya sea en el hospital o en los domicilios. Por eso se habla de la Filosofía Hospice, que fue evolucionando e incorporando nuevas tecnologías y terapias, que incluían también enfoques no médicos. Posteriormente Estados Unidos (EEUU) adoptó también esta terminología para referirse a los cuidados del final de la vida. (6)

En 1989, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) definió los cuidados paliativos como: “los cuidados activos, totales e integrales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva, potencialmente mortal a corto plazo y que ya no responde al tratamiento curativo” (7)

Como se puede observar, a lo largo del tiempo el concepto de cuidados paliativos ha ido evolucionando y han surgido diferentes organismos y asociaciones con el objetivo de impulsarlos y mejorarlos.

Actualmente la OMS define los Cuidados Paliativos como un “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales”. (8)

Por lo tanto, la atención a los cuidados paliativos debe ser holística, integral y universal, e individualizada y adaptada a cada persona, respetando en todo momento la autonomía y dignidad del paciente. Para ello, según la OMS deben presentar las siguientes características (8):

- Aliviar el dolor y otros síntomas angustiantes.
- Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal.
- No intentar ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo.
- Utilizar un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo.
- Mejorar la calidad de vida e influir positivamente en el curso de la enfermedad.

Además de presentar las características anteriormente descritas, una buena atención en cuidados paliativos se basa en 4 fundamentos principales: buena comunicación, control de síntomas, alivio del sufrimiento y apoyo a la familia. (9)

Este enfoque de la filosofía Hospice y de la OMS no se centra únicamente en tratar el deterioro físico, sino que reconoce la gran carga emocional que conlleva esta situación. Ya en la década de los 70 la psiquiatra suiza Elisabeth Kubler-Ross definió las fases emocionales por las que pasa un paciente que requiere cuidados paliativos, con lo que ayudó a mejorar la calidad de vida de muchos pacientes y familiares. (10)

En la actualidad los cuidados paliativos se dispensan a los pacientes terminales, de ahí que a veces se use como sinónimo paciente terminal y paciente paliativo. La Asociación Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define al paciente terminal como aquel que “padece una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con pronóstico de vida inferior a 6 meses, por la falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico. Además el paciente presenta numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes. Todo esto supone un gran impacto emocional para él, su familia y el equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no de la muerte”. (11)

Sin embargo, muchos autores opinan que los cuidados paliativos deberían comenzar antes de llegar a la fase terminal, iniciándose desde el momento en el que los pacientes entran en lo que se llama enfermedad incurable avanzada, es decir, cuando los tratamientos específicos no surten efecto pero la enfermedad sigue progresando, evolucionando hacia una muerte a medio plazo. Esta muerte no tiene por qué ser inminente, pero inevitablemente este paciente pasará a ser terminal con el progreso de su enfermedad. (11)

Demanda de las Terapias Complementarias

Existen diferencias significativas en el uso de las terapias complementarias en función de la legislación, religión y cultura de cada país, así como la disponibilidad de las mismas o su integración dentro del Sistema Sanitario. Por ejemplo, en África gran parte de la población recurre a la medicina tradicional como principal fuente de atención sanitaria, ya que estas prácticas forman parte de sus costumbres y son más accesibles y económicas que la medicina científica. En Asia el uso de la medicina tradicional también está muy extendido, ya que en muchos países se integra en el sistema de atención a la salud. (12)

Por otro lado, en los países desarrollados como América del Norte o en el continente europeo, el uso de terapias complementarias está menos extendido y es mayor entre la población que padece patologías crónicas. (12)

Aunque se puede observar que su uso es mayor en países subdesarrollados o en vías de desarrollo, actualmente la población de países desarrollados también las demanda. Concretamente en la Unión Europea (UE), el 65% de la población en alguna ocasión se ha beneficiado de las terapias complementarias. (3)

La OMS, en su informe “Estrategia sobre medicina tradicional 2014-2023” apoya el uso de estas terapias siempre que éstas beneficien al paciente. (12)

Esta estrategia persigue el objetivo de: “prestar apoyo a los Estados Miembros a fin de que aprovechen la contribución potencial de la Medicina Complementaria a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas y, promuevan su utilización segura y eficaz a través de la reglamentación y la investigación, así como mediante la incorporación de productos, profesionales y prácticas en los sistemas de salud, según proceda”. (12)

Con respecto a España, el estudio realizado por el Observatorio de las Terapias Naturales del año 2008, muestra que el 23,6% de la población española ha recibido alguna vez terapias naturales y el 95.4 % asegura conocer alguna de ellas. Son más utilizadas en las áreas metropolitanas, por las clases media-alta o alta, siendo las mujeres sus mayores consumidoras. Además, el grado de satisfacción de estos usuarios tras su uso según este estudio es de 4,8 sobre 5. (13)

El primer documento de análisis de situación de las terapias naturales fue publicado en 2011 por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Este documento recoge los aspectos relativos a la evidencia científica disponible sobre la situación de estas terapias, tanto en España (centros, profesionales y técnicas) como en el extranjero. (14)

En España, al igual que en el resto de países europeos, el uso de estas prácticas se ha incrementado y mueven anualmente alrededor de 4.500 millones de euros. Esta cifra es muy elevada porque hay una gran demanda social que se debe en gran medida al aumento de su uso en pacientes con procesos crónicos. Por ejemplo en Cataluña el 67% de pacientes con estas patologías recurrieron a alguna terapia complementaria en el año 2007. (3)

Al mismo tiempo que aumenta esta demanda poblacional, crece el interés de los profesionales sanitarios sobre dicho campo. En nuestro país hay aproximadamente 50.000 profesionales de las terapias complementarias según datos presentados por la Unión de Profesionales y Trabajadores Autónomos. Estos profesionales no siempre son sanitarios. El Ministerio de Hacienda refleja que a nivel nacional los profesionales parasanitarios o no médicos realizan alrededor de 300.000 consultas diarias. Cada profesional realiza una media de 5 consultas diarias, cobrando alrededor de 30 euros por una de ellas. (3)

Dentro de los profesionales sanitarios, un 10% del colectivo enfermero emplea en su práctica profesional terapias complementarias. (15)

Demanda de Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos son una necesidad real, actual y creciente de la población que no se está cubriendo correctamente. El Atlas Mundial de Cuidados Paliativos al Final de la Vida (Atlas of Palliative Care at the End of Life), publicado conjuntamente por la OMS y la Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) refleja por primera vez las necesidades de cuidados paliativos que no reciben asistencia. (16)

Según este documento: “En 2011, unos tres millones de pacientes, la mayoría de ellos terminales, recibieron cuidados paliativos. Aunque gran parte de ese tipo de asistencia se presta en los países de ingresos altos, casi el 80% de las necesidades mundiales de asistencia paliativa corresponde a países de ingresos bajos y medianos. Solo 20 países del mundo han integrado adecuadamente los cuidados paliativos en los sistemas de atención sanitaria (Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Estados Unidos de América, Francia, Irlanda, Islandia, Italia, Japón, Noruega, Polonia, Región Administrativa Especial de Hong Kong, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Rumania, Singapur, Suecia, Suiza y Uganda)” (16)

También se refleja que la mayor parte de las enfermedades que precisan estos cuidados paliativos no son transmisibles: “Aproximadamente una tercera parte de quienes necesitan cuidados paliativos tiene cáncer. El resto padece enfermedades degenerativas que afectan al corazón, los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro, o

enfermedades crónicas o potencialmente mortales, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la tuberculosis farmacorresistente.” (16)

Todos estos pacientes que necesitan cuidados paliativos suman más de 20 millones todos los años y, dentro de éstos, aproximadamente un 6% son pacientes pediátricos. Si incluyésemos a todas las personas que podrían recibir cuidados paliativos en una fase anterior de su enfermedad, elevaríamos el número de pacientes hasta 40 millones. Por otro lado, si además se tiene en cuenta la atención emocional que a menudo precisan sus familiares, las necesidades de atención se multiplicarían por más de dos. (16)

Respecto a Europa, los primeros datos veraces sobre la situación de los cuidados paliativos se recogen en el “Atlas de Cuidados Paliativos en Europa” publicado por la EAPC. Estos datos muestran que, aunque existen estructuras organizativas similares en distintos países europeos, en su gran mayoría la forma de prestar los servicios es diferente. Esto se debe en parte a una falta de consenso en la interpretación de la terminología de varios aspectos relacionados con los cuidados paliativos. (17)

Por ejemplo, en la literatura anglosajona el paciente paliativo se denomina paciente terminal, mientras que el paciente terminal en nuestro medio es sinónimo de paciente en fase de agonía. (11)

Para tratar de resolver este problema la EAPC ha establecido unos términos en base a los cuales va a analizar la calidad de los cuidados paliativos a través de estándares.

En nuestro continente es de especial importancia conseguir unos cuidados paliativos de calidad porque cada vez es mayor su demanda, debido al envejecimiento de la población y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas. El “Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la SECPAL” indica que en la región europea hay una tasa de mortalidad de 9.300 muertes por millón de habitantes, de las cuales 1.700 serían atribuibles a enfermedades oncológicas y 6.500 a otros procesos crónicos. “En cualquier momento en todo el continente europeo más de 320.000 pacientes con cáncer y 285.000 pacientes con otras enfermedades necesitarán atención y apoyo de servicios de cuidados paliativos especializados.” (17)

En lo referente a España, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del año 2013, la esperanza de vida era de 82,3 años, siendo superior en las mujeres. Este incremento progresivo en la esperanza de vida que se observa en nuestro país, al igual

que en el resto de Europa, desde comienzos del siglo XX se traduce en un envejecimiento de la población y un aumento de la morbilidad. (18)

Según datos del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud en el año 2010 aproximadamente entre un 50% y un 60% de las defunciones en España fueron de pacientes susceptibles de precisar cuidados paliativos, ya que éstas se debieron al curso de enfermedades de larga evolución o crónicas, cuya prevalencia sigue en aumento. Por lo tanto la necesidad de cuidados paliativos es real y creciente. (19)

Nuestro país ocupa el séptimo lugar entre los países de la UE en la provisión de cuidados paliativos según un informe del Parlamento Europeo del año 2008, el cual refleja también la diversidad de enfoques y recursos que existen en nuestro país entre Comunidades Autónomas (CCAA). Las CCAA que presentan un desarrollo más elevado de la atención a paliativos son Cataluña y Extremadura, frente a otras como Galicia donde su desarrollo es muy escaso.

A nivel nacional, sin tener en cuenta la diversidad existente entre CCAA, “La estimación global de los recursos disponibles en 2006 incluía unas 1.098 camas de cuidados paliativos, distribuidas en 95 unidades en régimen de internado, 27 equipos de apoyo hospitalarios, 139 equipos de asistencia domiciliaria, 28 centros de día y dos servicios pediátricos, que sumaban un total de 350 unidades especializadas en cuidados paliativos. Datos más recientes de la SECPAL indican un incremento de las unidades específicas, hasta aproximadamente 450 en todo el país.” (19)

Los recursos humanos tampoco se distribuyen de forma homogénea. España cuenta con alrededor de 1600 profesionales dedicados a este ámbito, de los cuales aproximadamente 500 son médicos, 800 son profesionales de enfermería y 100 son psicólogos. (19)

En lo referente al ámbito económico, apenas un 65% de los gastos de cuidados paliativos son cubiertos por el Sistema Nacional de Salud (SNS). El resto de la financiación suelen asumirlo entidades sin ánimo de lucro como la AECC. (19)

Los datos señalan una desproporción entre la oferta de cuidados paliativos y las necesidades o demanda de estos. Los recursos son insuficientes dado el gran volumen creciente de pacientes con necesidad de estos cuidados.

Regulación de Terapias Complementarias

Las terapias complementarias son actualmente un recurso creciente como medio para satisfacer las necesidades de salud y confort de la población. En consecuencia su uso debería regularse para que se practiquen de forma responsable, rigurosa y que no supongan un peligro para la salud pública.

No existe un marco legal único que regule las terapias complementarias, ni a nivel internacional ni nacional, pero sí existen organismos de diferentes países que expresan su posicionamiento respecto a este tipo de terapias.

Desde hace años se discute la posibilidad de implementar las terapias complementarias en el ámbito de las políticas públicas de Salud de los Países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la OMS (3). Estos países se proponen promover la salud de su población estableciendo políticas y reglamentos a nivel nacional y regional, que fomenten la seguridad en torno a las terapias complementarias, regulando sus prácticas, productos y profesionales, y de esta forma prevenir los riesgos identificados de las mismas. (12)

Una buena regulación es importante porque, aunque estas técnicas se consideran más inocuas que la medicina convencional, no siempre están exentas de riesgos cuando se practican por personas no cualificadas. (13)

En Europa existe una red de investigación sobre la Terapias Complementarias y Alternativas (CAM) llamada CAMbrella, que fue fundada por la European Comission y está formada por 16 instituciones de 12 países europeos. El objetivo de esta plataforma era investigar la situación europea del uso de estas terapias entre 2010 y 2012, para saber la viabilidad de su introducción en el sistema de salud y establecer recomendaciones sobre su uso. (20)

Entre los hallazgos de esta investigación se encuentra que en Europa no hay un consenso en la definición y clasificación de las terapias complementarias, ni un acuerdo sobre la acreditación de los profesionales de las mismas. No existe una titulación única y homologada para ello, ni un tiempo establecido de formación. Por lo tanto, estos profesionales pueden ser o no sanitarios y haber recibido una formación extensa o muy reducida. Esto conlleva un riesgo para los usuarios de las terapias complementarias, ya que se pueden realizar al margen del sistema sanitario y por profesionales no cualificados. (21)

Además se refleja la ausencia de una legislación unificada sobre terapias complementarias: hay países europeos con una legislación general sobre ellas, otros tienen legislación sobre algunas concretas, e incluso hay países que no presentan legislación sobre este tema. (21)

Por todo lo anteriormente descrito, CAMbrella expone que resulta muy difícil la integración de las terapias complementarias en el sistema público de salud, a pesar de la elevada demanda por parte de la población. (21)

España es uno de los países de la UE que no presenta una legislación sobre terapias complementarias en general a nivel nacional. Hubo algún intento a nivel regional de crear una legislación para estas terapias, como ocurrió en Cataluña, donde se hizo un decreto de terapias naturales que estuvo dos años pendiente de aprobar, pero el día 12/06/2009 fue derogado por el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) y actualmente en España continúan sin regulación. (5)

A pesar de no tener una legislación general, algunas terapias complementarias concretas sí están reguladas. Es el caso de los medicamentos homeopáticos o los medicamentos a base de plantas, que están regulados por la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y por el Real Decreto 1345/2007, del 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. (22) (23)

También la Orden SCO/190/2004, del 28 de enero, refleja una serie de restricciones en la venta al público de una lista de plantas debido a su toxicidad, llegando incluso a prohibir su comercialización. (24)

Regulación de Cuidados Paliativos

No existe un documento específico en el que se reflejen los derechos de los pacientes que requieren cuidados paliativos, pero estos derechos inherentes a toda persona están contemplados en numerosos instrumentos y documentos internacionales. Entre los derechos básicos de este grupo de pacientes se encuentran: Derecho a la no discriminación, derecho a la confidencialidad, derecho a que se respete la integridad personal, derecho a la autonomía y a la toma de decisiones con respecto a su

enfermedad y tratamiento, derecho a la información adecuada y oportuna y el derecho a una muerte digna. (25)

En España los cuidados paliativos están reconocidos legalmente en la Ley General de Sanidad de 1986, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003 y el Real Decreto de 2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS. (19)

Además existe una Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS que fue aprobada en 2006 como parte del Plan de Calidad del SNS que se evaluó en 2008, aunque la publicación de estos resultados que estaba planificada para 2009 ha sido aplazada sine die. Esta estrategia perseguía garantizar unos servicios mínimos en este ámbito a toda la población a través del establecimiento de unos estándares homogéneos para todo el territorio nacional. Este mismo año GuíaSalud publica una guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. (19)

Aplicación de las terapias complementarias en los cuidados paliativos en el ámbito enfermero

Florence Nightingale fue la pionera en establecer modelos teóricos de enfermería, sin embargo no es hasta el siglo XX, con el surgimiento de numerosos modelos y teorías enfermeros, que se produce la profesionalización de esta disciplina. (3)

Estos modelos y teorías de las principales escuelas de enfermería comienzan a hacer hincapié en un cuidado más holístico, ya que no se centran únicamente en los cuidados puramente físicos, sino que intentan abordar además la dimensión psicológica y emocional. (3)

Una de las pioneras de ello fue Hildegard Peplau, que visualizó la importancia de los cuidados psicológicos a través de las relaciones interpersonales, permitiendo un cambio en el cuidado, que deja de centrarse exclusivamente en la atención biofísica de la enfermedad y empieza a explorar la atención psicológica. También Callista Roy consideraba que la función de la enfermera no consistía únicamente en atender la enfermedad física del paciente. Roy define a la persona como un sistema en equilibrio, y por tanto, afirma que es función de la enfermera mantener este equilibrio y preservar su energía. (26)

Por otro lado, Virginia Henderson con su “Modelo de las Necesidades humanas fundamentales” y Dorotea Orem con su “Teoría del Déficit de autocuidado” también exponen que la persona no presenta únicamente problemas biofísicos. La primera remarcó que las necesidades humanas no son solo físicas sino también psicológicas, sociales y espirituales (Necesidades de seguridad, comunicación, oración, trabajo, juego y aprendizaje). La segunda le da importancia a la esfera psicosocial remarcando que las personas tienen requisitos de autocuidado mas allá de los clínicos y biológicos (Requisito de autocuidado de equilibrio entre la soledad y la comunicación social, de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano y de promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano). (26)

Observamos que el tratamiento convencional médico no sería suficiente para cubrir las necesidades o requisitos de autocuidado señalados, y podría ser útil recurrir a las terapias complementarias para satisfacerlos. De hecho, desde mediados del siglo XX, algunas escuelas de enfermería pertenecientes a los paradigmas de la Integración y de la Transformación, siguiendo los valores humanistas y un cuidado más holístico, ya integran las terapias naturales como parte del rol autónomo enfermero. Entre estas escuelas encontramos (3):

- Escuela de la satisfacción de necesidades de Virginia Henderson.
- Escuela de los efectos deseables de Sor Callista Roy.
- Escuela de la promoción de la salud de Moyra Allen.
- Escuela del pensamiento del Ser humano unitario.
- Escuela del Caring.

De entre todas estas escuelas, prestamos una especial atención a la escuela del Caring por ser la que mejor integra las terapias complementarias dentro del cuidado de enfermería. Esto se debe en mayor medida a las aportaciones de Madeleine Leininger y Jean Watson, que integran los conceptos de espiritualidad y transculturalidad en el cuidado enfermero (3). Por un lado, Leininger considera que la enfermera debe desarrollar cuidados transculturales y una visión del mundo global, respetando en todo momento los valores de la persona. Por otro lado, Watson concibe a la persona como una unión entre cuerpo alma y espíritu y por lo tanto entiende que la enfermería debe incluir cuidados espirituales para lograr la armonía entre estas partes. (26)

Consideramos que existe argumentación teórica suficiente para justificar la incorporación de las terapias complementarias en la práctica enfermera. En la actualidad, incorporamos estas terapias al proceso de atención de enfermería (PAE) mediante las intervenciones enfermeras (NIC) entre las que se encuentran numerosas terapias complementarias, que son aplicadas de forma autónoma por las enfermeras. (27)

Además los objetivos de enfermería (NOC) son una herramienta útil y fiable para evaluar la eficacia de estas intervenciones enfermeras y dar una continuidad de cuidados. (3)

Por otra parte, las terapias complementarias nos proporcionan múltiples beneficios indistintamente del proceso de la enfermedad o etapa de la vida en la que nos encontremos. Pueden ser un acompañamiento excelente para paliar los síntomas en procesos terminales, ya que tienen la capacidad de disminuir el miedo, la desesperanza, el dolor, o la incertidumbre, ofreciendo bienestar y acompañamiento a la persona para que pueda tener un tránsito sereno y en paz, y también ofrecen beneficios a la familia en este difícil contexto. (3)

Fundamentación

Hemos decidido realizar este trabajo porque las terapias complementarias están en auge y cada vez es mayor su demanda entre la población general. Hemos podido comprobar que en situaciones concretas son eficaces, sin embargo, el problema recae en que gran parte de la población las utiliza al margen del sistema sanitario, provocando numerosos efectos adversos. Éstos se deben principalmente a la falta de conocimientos y regulación de las terapias complementarias y a la ausencia de coordinación y comunicación entre éstas y el sistema sanitario tradicional. Ejemplo de ello son las interacciones que aparecen al combinar estas terapias con fármacos.

Por lo tanto, consideramos que la medicina occidental y las terapias complementarias deberían estar coordinadas de cara a ofrecer la atención más adecuada para cada tipo de paciente. De esta manera podríamos comprobar científicamente si las terapias complementarias se pueden introducir de forma profesional en el sistema sanitario.

Para integrarlas en el sistema es fundamental que los profesionales sanitarios se informen y conozcan estas terapias con el fin de recomendarlas o desaconsejarlas según la situación del paciente.

Hemos decidido investigar la aplicabilidad y el uso de las terapias complementarias en los cuidados paliativos porque este grupo poblacional es uno de los que más beneficios podrían extraer de las mismas.

Creemos que las terapias complementarias pueden integrarse en los cuidados paliativos porque comparten gran parte de sus valores y objetivos. Son pacientes en los que el objetivo no es curar, sino dar calidad de vida, confort y comodidad. En estos pacientes la relación coste beneficio de los fármacos no es positiva, por lo que se podría recurrir a las terapias complementarias, cuyo objetivo principal es aliviar el dolor y la ansiedad, disminuir el estrés, las náuseas y los vómitos, fomentar la relajación y la tranquilidad, mejorar la calidad del sueño y de la comunicación, el estado de ánimo y la sensación de bienestar. Todos estos beneficios coinciden en su gran mayoría con los fundamentos de los cuidados paliativos, que son, como hemos dicho anteriormente, la buena comunicación, control de síntomas, alivio del sufrimiento y apoyo a la familia. (28)

Además, cuando el paciente está en una fase paliativa lo fundamental es la calidad de vida del mismo, evitando al máximo su sufrimiento. No debemos emplear todo el arsenal terapéutico disponible, pues estaríamos realizando encarnizamiento terapéutico, pero tampoco debemos actuar de forma pasiva. En este sentido las terapias complementarias son una buena opción de tratamiento, ya que sus efectos secundarios son menos impactantes y nocivos que los de algunos fármacos.

De esta manera realizaremos medicina integrativa, que se define como “la combinación de terapias médicas formales y medicina complementaria y alternativa, para las cuales existen datos científicos de calidad sobre su seguridad y eficacia”. (27)

Pregunta de investigación:

¿Es posible, efectiva y segura, la incorporación de las terapias complementarias a los servicios sanitarios en los cuidados paliativos?

Objetivos

Objetivo general:

- Conocer la aplicabilidad de las terapias complementarias en los cuidados paliativos.

Objetivos específicos:

- Conocer la efectividad de las terapias complementarias en los cuidados paliativos.
- Analizar los principales obstáculos para la aplicación de terapias complementarias en los cuidados paliativos.
- Identificar los efectos adversos de las terapias complementarias en los cuidados paliativos.
- Analizar la relación riesgo/ beneficio de las terapias complementarias en los cuidados paliativos.
- Conocer la opinión de los profesionales sanitarios sobre el uso de las terapias complementarias en los cuidados paliativos.

METODOLOGÍA

La selección de los artículos para la revisión narrativa se realizó utilizando estrategias de búsqueda estandarizadas en 6 bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl, Scielo, Medline y Cochrane Plus.

En estas búsquedas utilizamos las palabras clave “complementary therapies” (terapias complementarias), “alternative therapies” (terapias alternativas), “palliative care” (cuidados paliativos) y “hospice” (hospicio); unidas por los operadores booleanos “AND” y “OR”, como se muestra en la tabla.

En todas ellas se aplicaron los siguientes 5 filtros:

- Publicaciones de los últimos 5 años (desde enero de 2010 hasta enero de 2016)
- Idiomas: Inglés, español y francés
- Humanos
- Resumen
- Texto completo disponible

No se utilizó filtro de edad ni de tipo de diseño de los artículos.

Con la intención de ajustarnos a la pregunta de investigación, nuestra búsqueda inicial se realizó aplicando el término “Applicability” además de las palabras clave expuestas anteriormente. Sin embargo al obtener resultados muy escasos y no acordes con nuestros objetivos para esta revisión, decidimos abordar la búsqueda sin este término y seleccionamos los artículos siguiendo los criterios de inclusión y exclusión expuestos más adelante. Consideramos que con estos criterios de inclusión abarcamos el amplio significado de la palabra aplicabilidad.

A continuación, tras leer el título y el resumen de todos los artículos obtenidos en la búsqueda de las diferentes bases de datos, se realizó el proceso de selección final.

Los criterios de inclusión de este trabajo fueron los siguientes:

- Artículos sobre TC en la población de pacientes que precisan cuidados paliativos y que tratan sobre cualquiera de los siguientes aspectos:
 - La aplicabilidad de las TC en los cuidados paliativos.
 - La frecuencia y prevalencia del uso de las TC en los cuidados paliativos.
 - Las razones o motivos del uso las TC en los cuidados paliativos.

- Las barreras y obstáculos para la aplicabilidad de las TC en los cuidados paliativos.
 - Oferta de las TC en los hospicios, instituciones y servicios especializados de cuidados paliativos.
 - Eficacia de las TC en los cuidados paliativos.
- Artículos traducidos al inglés que originalmente estaban escritos en idiomas diferentes al inglés, francés y castellano.

Los criterios de exclusión fueron:

- Artículos que hacen referencia a la aplicabilidad de TC en pacientes oncológicos sin especificar que estuviesen recibiendo cuidados paliativos o la fase de la enfermedad en la que se encontraban.
- Artículos que hacen referencia a TC que no están reconocidas como tal según la NCCAM.
- Artículos que hacen referencia a casos clínicos aislados.
- Artículos que hacen referencia a TC que implican el uso de drogas consideradas no legales en nuestro país.

Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla:

BASE DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados
Pubmed	((("Palliative Care"[Mesh]) OR "Hospice Care"[Mesh]) AND "Complementary Therapies"[Mesh])	104	22
Cuiden	("TERAPIAS")AND(("COMPLEMENTARIAS")OR(("Terapias")AND(("alternativas")AND(("Cuidados")AND(("paliativos")OR("Hospice"))))))	45	1
Cinahl	(Complementary or alternative medicine) AND (hospice care or palliative care)	49	9
Scielo	Complementary therapies [Abstract] OR alternative therapies [Abstract] AND palliative care [Abstract] OR hospice [Abstract]	0	0
Medline	(MM "Complementary Therapies") AND (MM "Palliative Care")	14	3
Cochrane Plus	((Complementary therapies OR alternative therapies) AND (palliative care OR hospice))	2	2

Los resultados de la búsqueda para la revisión narrativa fueron de 37 artículos. Tras restar todos aquellos artículos encontrados en dos o más bases de datos la selección final fue de 27 artículos. Todos ellos se muestran en las siguientes 5 tablas.

RESULTADOS

Tabla 1: Artículos sobre Terapias Complementarias (TC) -Uso y prevalencia -

Título del artículo	Año	Base de datos	Tipo de diseño	Objetivo	Muestra	Método	Tipo de TC	Resultados
A Survey of the Use of CAM in Illinois Hospice and palliative Organizations (31)	2013	Cinahl Pubmed	Descriptivo transversal	Evaluar el uso de TC en pacientes y cuidadores de hospicios y unidades de cuidados paliativos de Illinois.	108 contactos webmail de hospicios de Illinois	Encuesta online	General	90,3% de las organizaciones que respondieron ofrecían algún tipo de TC. Las 5 TC más frecuentes fueron: Terapias con mascotas (64,5%), musicoterapia (61,3%), masaje (54,8%), arteterapia (29%) y terapias de la energía (reiki) (25,8%)
Factors associated with hospices' provision of complementary and alternative medicine. (32)	2013	Cinahl Pubmed	Descriptivo transversal	Evaluar los factores que influyen en la provisión de TC de los hospicios	61 hospicios de Texas (de los 269 contactos)	Encuesta online	General	El número de pacientes atendidos en un hospicio influye en la oferta de TC. También influye la forma de financiarse. Se ofrecen TC 4 veces más en hospicios sin ánimo de lucro que con fines de lucro. El 13% de los pacientes de un hospicio reciben TC. El resto de características no influyen.
The use of complementary therapies for chronic pain in Italian hospices (33)	2012	Cinahl	Descriptivo transversal	Evaluar la difusión y el tipo de TC que se usan en hospicios italianos para tratar el dolor crónico.	16 hospicios de la región de Lazio (Italia)	Encuesta online	General	Tasa de respuesta: 81%. Solo 5 hospicios (38%) ofrecían TC más tratamiento (tto.) convencional. Los TC más usados son: masaje, neuropatía, hipnoterapia, aromaterapia. Las barreras: conocimientos insuficientes del personal sobre las TC y falta de financiación
Complementary and alternative use in pediatric cancer reported during palliative phase of disease (34)	2010	Medline Pubmed	Descriptivo transversal	-Evaluar el uso de las TC durante la trayectoria de enfermedad de niños que reciben cuidados paliativos para el cáncer. -Determinar el número de padres que consideró su uso, sin llegar a utilizarlas. -Identificar los determinantes del uso o consideración del uso de las TC en esta población.	77 padres de niños recibiendo cuidados paliativos oncológicos en el Hospital for Sick Children. De Canadá entre junio de 2005 y octubre de 2009	Cuestionario	General	29% había usado TC (3,9% más de una), siendo la más usada los sistemas médicos integrales y 55% había considerado su uso (11,9% más de 1), siendo las más frecuentes los sistemas integrales y las terapias biológicas. Los determinantes de su uso: tiempo transcurrido desde la última recaída (a menor tiempo, mayor uso) y nivel de estudios de los padres (mayor nivel, mayor uso) y tener otro pariente con cáncer.

Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine (35)	2013	Pubmed	Descriptivo transversal	<p>-Reunir los datos sobre el uso de TC, las razones de su uso, las fuentes de información y conocimiento previo sobre el cáncer, en pacientes con cáncer avanzado, admitidos en servicios de cuidados paliativos y sus familiares.</p> <p>-Buscar la existencia de correlaciones entre el estilo de vida, las características demográficas y conceptos previos con las razones de uso y el uso de TC.</p>	25 pacientes de la unidad de cuidados paliativos y 25 familiares de éstos del Comprehensive Cancer Center de Frankfurt (Alemania) entre mayo y diciembre de 2011.	Entrevista estructurada	General	<p>El 40% de los pacientes con cáncer utiliza TC y más si el cáncer es avanzado. Los más utilizados eran los suplementos dietéticos y la oración.</p> <p>68% había recurrido antes a las TC y de ellos: el 8% antes del tto. convencional, el 36% a la vez, el 8% en su lugar y el 16% a veces en su lugar y otras a la vez.</p> <p>Las razones principales para usarlas eran mantenerse fuertes interiormente y poder hacer algo por sí mismos. Las fuentes de información fueron la radio, la tv, la familia y los amigos. Y para los familiares también internet.</p>
Complementary and Alternative Medicine Use among Cancer Patients at the End of Life: Korean National Study (36)	2012	Pubmed	Descriptivo transversal	Investigar en profundidad los factores que contribuyen al uso y los patrones de utilización de las TC al final de la vida, en los pacientes que padecen cáncer, y cómo se comunican con sus médicos sobre ello.	1643 familias de pacientes con cáncer fallecidos >18 años de 17 hospitales de Corea entre enero y diciembre de 2004.	Encuesta telefónica	General	<p>La prevalencia del uso de TC era del 37%, siendo el tipo más usado las terapias biológicas, y dentro de éstas, los suplementos dietéticos, seguidas muy por detrás por los sistemas médicos alternativos. La satisfacción con ellas era del 37% por la mejoría física y emocional. La causa más común de insatisfacción era la ineffectividad. Existe asociación entre su uso y enfermedades de larga duración, cánceres que respondían a quimioterapia y terminalidad.</p> <p>Motivo más frecuente para su uso: Recomendación de un familiar o amigo.</p> <p>El 42% hablaron de su uso con su médico.</p> <p>Coste medio en el último mes de vida: 900\$</p> <p>Efectos adversos: 2,9%</p>
Complementary and Alternative Medicine Utilization in Texas Hospices: Prevalence, Importance, and Challenges (37)	2013	Cinahl Pubmed	Descriptivo transversal	<p>-Investigar la prevalencia y los obstáculos asociados a la provisión de TC en los hospicios de Texas.</p> <p>-Examinar la utilización y la importancia de las TC según su proveedor.</p>	110 hospicios	Encuesta por correo	General	<p>62% ofrecían TC para aumentar la calidad de vida, siendo los más ofertados el masaje, la musicoterapia y la relajación.</p> <p><25% de los pacientes las usan, siendo los mayores usuarios las mujeres blancas de origen no hispano.</p> <p>Obstáculos: fondos y falta de conocimientos, cualificación y tiempo del personal.</p>

Complementary and alternative approaches in palliative care: why are advanced cancer patients using them? (38)	2012	Cinahl	Revisión narrativa	Conocer por qué los pacientes con cáncer avanzado utilizan TC y cómo se comunican sobre ello con su médico.	7 estudios	Revisión por pares	General	Existe una gran variabilidad en el uso de TC, y los motivos para su utilización eran: alivio de síntomas, curación o alargar su vida. Solamente informan a su médico sobre el uso de TC: el 60-70% de los paciente que recurren a ttos. con hierbas, el 72% de los que reciben quimioterapia paliativa, y entre un 12-42% el resto. A la mayoría le gustaría que su personal sanitario le hablase de las TC pero esto no sucede en la práctica.
Complementary therapy and support services for formal and informal caregivers in Italian palliative care hospices (39)	2010	Medline Pubmed	Descriptivo transversal	-Identificar los tipos de TC que se usan en las unidades paliativas de hospicios italianos, quién los administra y con qué frecuencia -Identificar servicios de apoyo ofrecidos a sus familiares -Evaluar servicios de apoyo al personal del hospicio	30 hospicios de Italia	Entrevista telefónica	General	Todos los hospicios ofrecen cuidados espirituales y al menos otra TC: Sobre todo masajes (n=24) y relajación (n=10). Cuando ofrecen TC, el 65% de pacientes las aceptan. 29 hospicios ofrecen apoyo espiritual y psicológico a los cuidadores, pero solo 12 mantienen este servicio en casa. Todos los hospicios dan servicios de apoyo al personal, de forma individual y grupal.
Complementary and Integrative Medicine for Older Adults in Palliative Care (40)	2015	Pubmed	Revisión narrativa	TC para mejorar los síntomas físicos de los pacientes que precisan cuidados paliativos	101 artículos u otras publicaciones	Revisión narrativa	General	A pesar de las limitaciones para sacar conclusiones definitivas sobre su eficacia, estas son las TC que parecen tener beneficios en función de los síntomas: Suplementos dietéticos para el dolor, tos, náuseas, fatiga, estreñimiento, sequedad bucal, prurito. Acupuntura para el dolor, náuseas y fatiga. Masaje para el dolor, acupresión para las náuseas, hipnosis para el estreñimiento y la dieta BRAT para la diarrea.
The use of complementary therapies in palliative care: Benefits and Purposes (41)	2014	Cuiden	Descriptivo transversal	Analizar el uso de TC en cuidados paliativos en las instituciones brasileñas habilitadas en las Asociaciones Nacionales y Latinoamericanas de Cuidados Paliativos.	56 instituciones	Cuestionario semiestructurado a 6 instituciones de Brasil	General	El 25% (14 instituciones) había usado TC. Las más usadas son musicoterapia (100%), acupuntura (67%) y masaje (67%). Estas TC en combinación con el tto. convencional, y facilitadas por un profesional cualificado, ayudan a aliviar la ansiedad (100%), el dolor (83%) y la depresión (83%), favoreciendo la relajación y la relación terapéutica con el profesional.

Tabla 2: Sistemas médicos integrales – Acupuntura -

Título del artículo	Año	Base de datos	Tipo de diseño	Objetivo	Muestra	Método	Tipo de TC	Resultados
Evidence-based integrative medicine: Effectiveness of Acupuncture for Palliative Care in Cancer Patients: A systematic review (42)	2013	Pubmed	Revisión sistemática	<p>-Realizar una evaluación crítica de todos los ensayos clínicos aleatorizados , disponibles actualmente, que investigan la eficacia de la acupuntura en cuidados paliativos para pacientes con cáncer en China y otros países.</p> <p>-Buscar si existe evidencia suficiente para la integración de la acupuntura en el tratamiento oncológico convencional.</p>	33 ensayos clínicos aleatorizados publicados entre 1986 y 2010 de 7 bases de datos escritos en chino o inglés	Revisión sistemática	Acupuntura	<p>La eficacia de la acupuntura en cuidados paliativos para pacientes con cáncer es prometedora y podría ser usada como adyuvante para reducir el dolor y los efectos adversos de la radioterapia y quimioterapia. Mejora la calidad de vida y la función gastrointestinal y disminuye la retención urinaria, pero hay pocos estudios para aportar suficiente evidencia (1 o 2 de cada). No mejora el síndrome vasomotor, la inmunomodulación, los síntomas articulares, ni previene el fleo prolongado posoperatorio. Reacciones adversas: Solo en 2 estudios y fueron hematomas y pequeñas hemorragias en el lugar de punción, por lo que la técnica es segura llevada a cabo por profesionales.</p>
Use of acupuncture in hospices and palliative care services in the UK (43)	2012	Pubmed	Descriptivo transversal	<p>-Evaluar la disponibilidad de la acupuntura en los hospicios y servicios especializados en cuidados paliativos de Reino Unido e identificar las barreras para su uso.</p> <p>-Determinar las características de la disponibilidad de los servicios de acupuntura y de sus facultativos y determinar el conocimiento sobre la evidencia de su uso en cuidados paliativos.</p>	141 hospicios y servicios especializados en cuidados paliativos de Reino Unido	cuestionario on-line	Acupuntura	<p>La acupuntura estaba disponible en un 59% de los hospicios y pocos pacientes la utilizaban.</p> <p>En general la daban profesionales sanitarios regulados que habían recibido un entrenamiento en el estilo occidental de la acupuntura y su enfoque médico: Fisioterapeutas (41%), médicos (26%), enfermeras (14%), profesionales de la acupuntura (13%) y terapeutas (6%).</p> <p>Motivos de su ausencia: facultativo adecuado o entrenamiento no disponible y falta de fondos y tiempo.</p> <p>La mayoría la consideraba una técnica útil en el servicio.</p> <p>El nivel de conocimiento sobre su evidencia en cuidados paliativos era muy bajo.</p>

What is the evidence for the use of acupuncture as an intervention for symptom management in cancer supportive and palliative care (44)	2013	Pubmed	Revisión de revisiones	Valorar la evidencia del uso de la acupuntura para tratar síntomas del cáncer y en cuidados paliativos, e identificar recomendaciones para la práctica clínica y para futuras investigaciones.	17 revisiones de 9 bases de datos diferentes	Búsqueda sistemática de revisiones sobre el uso de acupuntura en pacientes oncológicos y paliativos.	Acupuntura	La acupuntura tiene beneficios en numerosos síntomas oncológicos y es una buena opción de tratamiento cuando otras opciones han fallado. Hay una escasez importante de ensayos rigurosos en este ámbito, y los participantes son muy heterogéneos, desafiando el proceso de revisión sistemática y meta-análisis. Además como barrera hay que tener en cuenta que la acupuntura es una intervención compleja y debe ser rigurosa y adecuarse a las normas para evaluar correctamente su eficacia
Acupuncture for cancer-related fatigue: a systematic review of randomized clinical trials (45)	2013	Pubmed	Revisión narrativa	Evaluar críticamente la efectividad de la acupuntura o electroacupuntura en la fatiga relacionada con cáncer	Se seleccionaron 7 estudios tras revisar 14 bases de datos	Revisión narrativa	Acupuntura	La mayoría de los pequeños estudios eran piloto, con una metodología seria. 4 estudios demostraron la efectividad de la acupuntura sola o en conjunto con tto. convencional, y 3 estudios no demostraron diferencias significativas entre el tto. convencional solo o con la acupuntura. La calidad de los estudios no fue suficiente y se requiere más investigación para hacer conclusiones rotundas
Is there a role for acupuncture in the symptom management of patients receiving palliative care for cancer? A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse-led supportive care (46)	2011	Pubmed	Analítico experimental (sin grupo control)	Documentar los cambios ocurridos en los síntomas, de pacientes con cáncer incurable, después de una sesión de acupuntura o de apoyo dirigido. Determinar la factibilidad de llevar a cabo un estudio aleatorizado de la acupuntura en pacientes con cáncer incurable avanzado.	18 pacientes de la Agencia de cáncer de BC en el centro de la isla de Vancouver en Victoria	1 sesión de acupuntura o de apoyo dirigido a la semana durante 4 semanas en 2 grupos aleatorios de 9 pacientes cada uno.	Acupuntura	Ambas intervenciones parecen útiles para esta población, fueron bien toleradas y no presentaron efectos secundarios significativos. La tasa de cumplimiento fue de 90% para la acupuntura y el 80% para el apoyo dirigido por enfermeras. Las puntuaciones totales de síntomas se redujeron tras las sesiones en un promedio de 22% la acupuntura y de 14% la atención de apoyo. La acupuntura tuvo un efecto inmediato, mientras que el mayor impacto del apoyo dirigido por enfermeras fue 6 semanas después de la última sesión.

Tabla 3: Técnicas de la mente y el cuerpo - Musicoterapia -

Título del artículo	Año	Base de datos	Tipo de diseño	Objetivo	Muestra	Método	Tipo de TC	Resultados
Music based interventions in palliative care: a review of quantitative studies and neurobiological literature (47)	2013	PubMed	Revisión narrativa	Revisar la literatura cuantitativa sobre estudios de intervenciones basadas en música en cuidados paliativos oncológicos. Revisar la literatura neurobiológica que pueda añadir relevancia a los descubrimientos de estos estudios.	Artículos publicados entre los años 1970 y 2012 de las bases de datos The Cochrane Library, Ovid, CINAHL plus, ProQuest, Pubmed, y PaycINFO	Revisión narrativa	Musico-terapia	La musicoterapia reduce la ansiedad y el dolor y mejora el humor de los pacientes oncológicos que requieren cuidados paliativos. La neurociencia plantea, como explicación científica a estos hallazgos, que el estímulo de la música afecta a las mismas estructuras cerebrales que la fisiopatología del dolor, la ansiedad y la depresión. La evidencia de que los pacientes necesiten menos analgésicos y ansiolíticos tras estas intervenciones es demasiado escasa, aunque algunos estudios lo reflejan. No se observa una mejora significativa en la calidad de vida global con la musicoterapia.
Music therapy for end-of-life care (48)	2010	Cochrane	Revisión narrativa	Examinar los efectos de la musicoterapia junto con la atención estándar. Comparar estos efectos con atención estándar sola o en combinación con otras terapias. Ver sus efectos sobre las respuestas psicológicas, fisiológicas y sociales en el cuidado al final de la vida.	Búsquedas de todos los ensayos controlados aleatorios en 14 bases de datos y revistas sin restricción de idioma.	Revisión narrativa	Musico-terapia	Se incluyeron los principales resultados de cinco estudios (175 participantes). Un número limitado de estudios sugiere que puede haber un beneficio de la musicoterapia en la calidad de vida de las personas en el cuidado al final de la vida. Sin embargo, debido a la insuficiente evidencia de alta calidad y el limitado número de estudios y los tamaños de muestra pequeños, se necesita más investigación.
Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial (49)	2013	Pubmed	Analítico experimental	Determinar la eficacia de una sesión de musicoterapia para reducir el dolor en pacientes con cuidados paliativos.	200 pacientes hospitalizados de un centro médico universitario entre el 2009 y 2011.	2 grupos: ambos reciben atención estándar y 1 de ellos musicoterapia en vivo. En ambos se evalúa el dolor mediante pre y post test.	Musico-terapia	Se observa una disminución significativa del dolor en el grupo que recibe musicoterapia en vivo. Se examinaron factores como la edad, el sexo, la raza, el diagnóstico, la severidad del dolor y su duración. Solo se demostró la influencia de la edad, siendo la musicoterapia más eficaz para menores de 55 años.

Tabla 4: Técnicas de la mente y el cuerpo - Cuidado espiritual y yoga o danza -

Título del artículo	Año	Base de datos	Tipo de diseño	Objetivo	Muestra	Método	Tipo de TC	Resultados
Research Priorities in Spiritual Care: An International Survey of Palliative Care Researchers and Clinicians (50)	2014	Pubmed	Descriptivo transversal	Determinar cuáles son las prioridades en la investigación sobre atención espiritual. Informar sobre éstas para futuras investigaciones, con el fin de obtener evidencia científica sobre los cuidados espirituales en cuidados paliativos.	971 participantes de 87 países diferentes.	Encuesta transversal mixta.	Cuidado espiritual	El 53% afirmó que su trabajo se enfocaba principalmente en lo clínico, no en lo espiritual. Menos del 2,5% dijo que no hacía falta investigación adicional. Las 5 principales prioridades de investigación son: -Evaluación de la herramienta para identificar pacientes con necesidades espirituales. -Desarrollo y evaluación de los modelos para tener conversaciones espirituales. -Evaluación de la efectividad de la atención espiritual. -Desarrollo y evaluación de dichas intervenciones. -Determinar la prevalencia de angustia espiritual entre los pacientes en diferentes poblaciones culturales y religiosas. Los resultados proporcionan una base de evidencia para dirigir investigaciones futuras y para destacar la necesidad particular de estudios metodológicamente rigurosos de evaluación.
Palliative Care and Spiritual Care: The Crucial Role of Spiritual Care in the Care of Patients with Advanced Illness (51)	2012	Pubmed	Descriptivo transversal	Revisar la importancia del cuidado espiritual en los pacientes con enfermedad avanzada, concretar cómo influye este cuidado en sus resultados, comprobar si la enfermedad avanzada crea nuevas necesidades espirituales y aclarar de quién es el rol de ofrecer estos servicios.	34 artículos u otros documentos	Revisión bibliográfica que contesta a 6 preguntas clave	Cuidado espiritual	Los pacientes con enfermedad avanzada tienen muchas necesidades espirituales. El cuidado espiritual mejora mucho la calidad de vida y es importante incorporarlo a los cuidados paliativos. Esto es difícil debido a la falta de claridad sobre los roles y la responsabilidad de ofrecer este cuidado.

A mixed – methods evaluation of complementary therapy services in palliative care: yoga and dance therapy (52)	2011	Cinahl Pubmed	Estudio analítico observacional	<p>Identificar en los pacientes que acuden a yoga y/o a danza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemas por los que buscan ayuda. • Factores adicionales que puedan afectar a su bienestar. • Aspectos que consideran más importantes del servicio. • Formas de mejorar estos servicios en cuidados paliativos. <p>Evaluar el impacto de utilizar estos servicios en el bienestar y los problemas de los pacientes.</p>	18 pacientes de un hospicio de Londres en 2008. 10 hacían yoga, 5 danza y 3 ambas. En su mayoría mujeres, con una media de edad de 64 años y diagnóstico de cáncer.	Sesiones de 90 minutos de yoga o de 60 de danza, 1 vez a la semana durante 6 semanas. Rellenaban un cuestionario antes y después de la intervención	Yoga y danza	<p>El yoga y la danza disminuyeron las preocupaciones y aumentaron el bienestar de estos pacientes, aunque algunos de estos resultados no fueron estadísticamente significativos (Solo el yoga tuvo resultados positivos significativos en el grado de bienestar).</p> <p>Los mejores resultados fueron para aquellos que practicaron ambas.</p> <p>La mayor asistencia a las sesiones estaba relacionada con el descenso de las preocupaciones, pero no con el aumento del bienestar.</p> <p>En general la mayoría de sus preocupaciones iniciales eran físicas (movilidad, problemas respiratorios, problemas en extremidades)</p> <p>Los beneficios tras la intervención eran en su mayoría psicoespirituales y sociales.</p>
Spiritual and religious interventions for well-being of adults in the terminal fase of disease (Review) (53)	2012	Cochran e Pubmed	Revisión sistemática	Describir las intervenciones religiosas y espirituales para pacientes adultos que se encuentran en la fase terminal de la enfermedad y evaluar su eficacia sobre su bienestar.	5 Ensayos clínicos controlados y aleatorizados (2 sobre meditación y los otros incluían un capellán o un consejero espiritual) de 14 bases de datos hasta noviembre de 2011	2 investigadores diferentes revisaron por separado los artículos que cumplían los criterios de inclusión y después sus datos eran revisados por el otro. Se usó el meta-análisis para la comparación	Cuidado espiritual y religioso	<p>Los ensayos clínicos sobre meditación no hallaron diferencias significativas sobre su eficacia en la calidad de vida y el bienestar con respecto a los cuidados habituales. Sin embargo, al combinarla con masaje mejoraba la calidad de los pacientes a medio plazo.</p> <p>Los autores, dados los resultados de los ensayos y sus limitaciones, afirman que no hay evidencia suficiente sobre si las intervenciones espirituales y religiosas mejoran o no el bienestar. Por lo tanto, se necesitan estudios más rigurosos.</p> <p>Estas intervenciones no se suelen evaluar, y los 5 artículos se realizaron en EEUU.</p>

Tabla 5: Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo - Masaje solo o en combinación con otras TC -

Título del artículo	Año	Base de datos	Tipo de diseño	Objetivo	Muestra	Método	Tipo de TC	Resultados
A Canadian Experience of Integrating Complementary Therapy in a Hospital Palliative Care Unit (54)	2013	Cinahl Medline Pubmed	Estudio piloto analítico	Aumentar la calidad y satisfacción de los cuidados al final de la vida en los pacientes y las familias. Determinar si las terapias complementarias pueden mejorar el manejo de los síntomas.	El 86% de los pacientes y sus familiares de la unidad de cuidados paliativos de un hospital de Ontario.	Cuestionarios que evaluaban dolor, rigidez, discomfort, depresión, ansiedad, tensión y falta de descanso antes y después de 1 o 2 sesiones.	Masaje Aroma-terapia Reiki y toque terapéutico	Se evaluó la intensidad de los síntomas y la percepción de paz y tranquilidad. 31 pacientes mostraron un descenso significativo de la severidad de los síntomas y aumentó su paz interior. El cuidado del final de la vida aumentó en calidad y fue más holístico y personalizado. El 69% de las intervenciones incluyeron apoyo espiritual. Además la evaluación por parte del personal también fue muy positiva.
Integrating Massage Therapy Within the Palliative Care of Veterans With Advanced Illnesses: An Outcome Study (55)	2013	Pubmed	Estudio analítico observacional	Describir la integración del masaje como terapia en un servicio de cuidados paliativos y examinar la relación que tiene el masaje con los síntomas de los pacientes que padecen enfermedades avanzadas.	115 pacientes entre abril de 2009 y el 31 de julio de 2010 del Centro Médico para veteranos Ann Arbor	Cuestionario sobre el nivel de desagrado y la intensidad de los síntomas antes y después del masaje de 20-30 minutos.	Masaje	Todos los síntomas de corta duración (ansiedad, dolor, disnea, relajación y paz interior) mostraron una mejoría significativa. Por tanto el masaje es una herramienta útil para mejorar el manejo de síntomas y reducir el sufrimiento en los pacientes de cuidados paliativos. Fue bien aceptado por los profesionales sanitarios y nadie presentó efectos adversos.
The ToT Study: Helping with Touch or Talk (ToT): Helping with Touch or Talk (ToT): (56)	2011	Cinahl Pubmed	Analítico experimental	Comprobar la viabilidad del masaje aromaterápico (MA) frente a la terapia cognitiva conductual (TCC), para reducir el sufrimiento emocional en pacientes con cáncer. Probar y modificar la intervención.	39 pacientes de clínicas oncológicas asociadas a un hospital de Londres	2 grupos: reciben tto. estándar + TCC en uno y MA en otro. Evaluación pre y post del estrés.	Masaje con aroma-terapia y terapia conductual cognitiva	Las intervenciones fueron bien recibidas y el seguimiento fue alto. TCC y AM pueden ser beneficiosos para la ansiedad a corto plazo, pero TCC puede tener una ventaja sobre AM para tratar la depresión a largo plazo.
Use of complementary therapies in hospice and palliative care (57)	2013	Cinahl	Analítico experimental	Desarrollar un programa de TC (masaje y reiki), integrarlo en los cuidados de pacientes del hospicio, formar al personal, desarrollar las intervenciones y evaluarlas.	52 pacientes de un hospicio de Connecticut	114 sesiones de masaje con reiki	Masaje y Reiki	99% redujo ansiedad, el 92% mejoró su respiración, el 76% redujo el dolor, el 98% disfrutó la sesión, el 97% se sintió relajado y en paz. Las TC son muy positivas en los cuidados paliativos, mejoran su calidad de vida y sirven de alternativa a los fármacos.

Se seleccionaron 27 artículos en su idioma original o su traducción posterior a inglés:

- 7 revisiones: 3 sistemáticas y 4 narrativas
- 13 estudios descriptivos transversales
- 7 estudios analíticos: 5 experimentales y 2 observacionales.

Con respecto al tema tratado, 11 se refieren a TC en general. Los 16 artículos restantes se centran en TC específicas: 5 versan sobre acupuntura, 4 sobre masaje en solitario o combinado con otra TC, 3 sobre musicoterapia, 3 sobre cuidado espiritual y 1 sobre yoga y danza. Se han agrupado los resultados en 5 tablas en función del tipo de TC tratada en el artículo (tablas 1-5).

En lo referente a la edad de los sujetos de estudio de los artículos, 1 artículo está enfocado en cuidados paliativos pediátricos (34). En este, aunque un 55% se plantea usar las TC, solo un 29% finalmente lo hace. El tipo de TC más utilizada eran los sistemas médicos integrales y los factores que influyeron en su uso fueron el tiempo transcurrido desde la última recaída (a menor tiempo, mayor uso), el nivel de estudios de los padres (a mayor nivel, mayor uso) y si existía algún pariente que ya hubiese padecido cáncer (su uso era mayor si existían antecedentes de cáncer en la familia).

Los estudios sobre prevalencia del uso de las TC en cuidados paliativos revisados en nuestro trabajo están realizados principalmente en Europa (40%) y América del Norte (40%), seguidos por América del Sur (10%) y Asia (10%), siendo inexistentes en Australia y África. Concretamente se han realizado en los siguientes países: EEUU (31) (32) (37), Italia (33) (39), Canadá (34), Alemania (35), Corea del Sur (36), Brasil (41) y Reino Unido (43). No obtuvimos ningún resultado sobre estudios realizados en España. La frecuencia de su uso varía en función del país. A pesar de ello, el masaje es la terapia más prevalente, seguido de la musicoterapia y las técnicas de relajación.

Las prevalencias de la oferta de TC en las instituciones de cuidados paliativos estudiadas es muy variada, oscilando entre el 37% y 90,3% (31) (33) (37) (39) (41). Ante estos valores hay que tener en cuenta que en estos estudios participan en mayor medida las instituciones más interesadas en TC, lo cual puede sesgar estos estudios.

Los factores que influyen en la oferta y el uso de TC en los hospicios se exploran en 3 artículos: destacan el número de pacientes atendidos, el grado de conocimientos del personal sanitario sobre TC (33) (37), el tiempo disponible (37) y el tipo de financiación (32) (33) (37). En estos estudios se señalan como barreras para la

utilización de estas terapias la falta de fondos, la escasez de tiempo y los conocimientos insuficientes de los profesionales sanitarios. También en uno de los estudios realizados en Tejas (32) se observa el hecho de que si un hospicio es grande y no persigue lucrarse favorece la oferta y el uso de las TC.

Por otra parte, el motivo más frecuente por el cual los pacientes comienzan a utilizar estas terapias es por recomendación de un familiar o amigo cercano (36) y las razones personales de los pacientes que influyen en su decisión de usar las TC son el deseo de mantenerse fuertes y de poder mantener un control sobre su enfermedad (35).

De estos usuarios, menos de la mitad se lo comentan a su médico, principalmente porque no son preguntados al respecto (36) (38) o porque creen que su médico va a mostrar indiferencia o rechazo hacia su uso. Se observa que el tipo de TC utilizado influye en esta comunicación, aumentando en los casos de uso de hierbas por temor a sus efectos secundarios e interacciones (38).

La única revisión narrativa sobre el uso general de TC en cuidados paliativos analiza la eficacia de su uso en diferentes síntomas físicos y muestra que en su mayoría son beneficiosas si las da un profesional cualificado. Sin embargo admite numerosas limitaciones que impiden sacar conclusiones definitivas (40).

En lo referente a la acupuntura (tabla 2) las tres revisiones narrativas encontradas al respecto (42) (44) (45) obtienen resultados similares. Aunque todas muestran artículos con resultados beneficiosos, sobre el uso de acupuntura para el tratamiento de los síntomas más comunes de los pacientes con cuidados paliativos, ninguno puede demostrar científicamente su eficacia debido a la falta de calidad metodológica de los ensayos clínicos que revisan. Las 3 admiten estas limitaciones y, aunque no niegan sus posibles beneficios en este tipo de pacientes, recalcan la necesidad de llevar a cabo estudios más rigurosos en el futuro. También señalan la necesidad de una buena formación para realizar esta terapia de forma segura.

Del mismo modo el estudio analítico experimental (46) muestra que la acupuntura ofrece beneficios sobre estos pacientes, siendo más notables inmediatamente después de la intervención. Sin embargo, nuevamente este estudio no aporta evidencia suficiente sobre su eficacia, ya que se trata de un estudio piloto con una muestra pequeña.

El único estudio encontrado sobre la prevalencia de esta técnica entre los pacientes que requieren cuidados paliativos fue realizado en Reino Unido (43) y muestra que la

acupuntura se oferta en el 59% de los hospicios y generalmente es impartida por profesionales sanitarios entrenados.

Por otro lado la musicoterapia parece ser eficaz para la reducción de síntomas como la ansiedad y el dolor en pacientes en fase paliativa, aunque no hay evidencia científica sobre sus beneficios en otros síntomas. Así lo muestran las 2 revisiones narrativas (47) (48) y el estudio analítico (49) al respecto (tabla 3).

Entre los resultados obtenidos del cuidado espiritual (tabla 4) se encuentra que aún hay profesionales que restan importancia a los cuidados espirituales, a pesar de que la evidencia científica (50) (51) muestre lo contrario. Uno de los artículos (51) demuestra que los pacientes en fase terminal presentan numerosas inquietudes y necesidades espirituales, que tratarlas adecuadamente mejora su calidad de vida y de muerte y que hay una falta de claridad sobre los roles y la responsabilidad de ofrecer este cuidado.

Al ser un cuidado que ha empezado a valorarse y utilizarse recientemente, se requieren futuras investigaciones que determinen las herramientas necesarias para identificar los requerimientos espirituales, desarrollar intervenciones y evaluar su eficacia (50) (53). Esto se observa en la revisión narrativa de “The Cochrane Library” sobre cuidados espirituales y religiosos en cuidados paliativos, que revisa 5 ensayos clínicos aleatorizados que presentan muchas limitaciones y escasa calidad metodológica, lo cual imposibilita a los autores confirmar la eficacia de estas intervenciones en el bienestar, el afrontamiento y la calidad de vida de estos pacientes. (53)

Otras de las TC que muestran beneficios psico-espirituales y sociales en los pacientes en cuidados paliativos son el yoga y la danza (tabla 4). Un estudio analítico observacional sobre estas terapias (52) afirma su eficacia, sobre todo si se combinan.

Por último, dentro de las prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo, la terapia más aplicada en cuidados paliativos es el masaje, sobretodo utilizado en combinación con otras TC (tabla 5). Por ejemplo, el masaje combinado con el reiki (54) (57) o la aromaterapia (54) (56) ofrece una reducción significativa de los síntomas físicos como la ansiedad y aumenta la percepción de tranquilidad (54) (57). Por sí solo también es eficaz en la reducción de síntomas físicos a corto plazo (55). Al comparar los efectos del masaje con la terapia cognitivo-conductal (56), vemos que el primero es más efectivo a corto plazo, y los efectos del segundo se mantienen durante más tiempo.

DISCUSIÓN

La investigación sobre TC en cuidados paliativos está centrada mayoritariamente en adultos. En nuestra revisión únicamente hay un artículo sobre su uso en pediatría (34), por lo que su aplicación en la población pediátrica no está suficientemente estudiada como para recomendar su inclusión en los cuidados paliativos pediátricos.

Respecto a la prevalencia del uso de TC en cuidados paliativos analizada en nuestro trabajo queremos señalar que no hemos encontrado ninguno realizado en España, a pesar de que Europa es uno de los continentes que más ha investigado sobre ello.

Acupuntura

La acupuntura es una de las TC que más se ha investigado en los cuidados paliativos en los últimos 5 años. Los artículos encontrados al respecto son en su mayoría revisiones sistemáticas, pero a pesar de ser una técnica muy estudiada, la calidad de estos estudios es insuficiente para determinar científicamente su eficacia.

Aunque la calidad metodológica de estos estudios no es la óptima, se han observado beneficios para el tratamiento de los síntomas predominantes en cuidados paliativos, especialmente en la reducción del dolor (42) (44) (46). También disminuye los efectos adversos de la quimioterapia y radioterapia (42), como náuseas, vómitos, sofocos o xerostomía (44), disminuye la retención urinaria (42) y tiene un efecto positivo en el tratamiento de ansiedad, disnea (44), y fatiga (45) (46) en varios tipos de cáncer. En definitiva esta terapia puede mejorar la calidad de vida de estos pacientes. (42)

Estos beneficios coinciden con los obtenidos en la “Guía de buenas prácticas basada en la evidencia” de las TC, del Colegio de enfermeras de Cataluña, que otorga a la acupuntura un nivel de evidencia de “1A” en pacientes oncológicos. (30)

Por otro lado, los estudios de nuestra revisión reflejan que, siempre que la realice personal con formación o entrenamiento previo, sus efectos secundarios son poco frecuentes y leves, tratándose principalmente de pequeños hematomas en los puntos de inserción (42) (46). Es por ello que consideramos la acupuntura una técnica segura siempre y cuando sea aplicada por profesionales cualificados. (44)

A pesar de su seguridad y sus numerosos beneficios potenciales, observamos que en la práctica pocos pacientes llegan a usar la acupuntura. Esto podría deberse a que su

aplicación cuenta con numerosas barreras como la falta de financiación o de personal formado en acupuntura, ya que los profesionales sanitarios encuentran dificultades para acceder a la formación en esta terapia y para disponer de tiempo suficiente para llevarla a cabo. (43)

Consideramos que la acupuntura se puede aplicar a los cuidados paliativos, ya que sus beneficios en el manejo de los síntomas característicos de este tipo de pacientes superan a sus mínimos efectos adversos posibles, pero para ello deberían vencerse las barreras mencionadas anteriormente.

Musicoterapia

Los estudios analizados sobre musicoterapia muestran su eficacia en la reducción de la ansiedad (47) y el dolor (47) (49) en los cuidados paliativos.

Dos revisiones narrativas indagan sobre la influencia de esta terapia en la calidad de vida como parámetro aislado, obteniendo resultados diferentes. Mientras que uno sugiere una posible mejora en la calidad de vida de estos pacientes (48), el otro señala que la musicoterapia no produce una mejora significativa (47). Aunque el primero (48) obtiene resultados positivos sobre la calidad de vida, admite numerosas limitaciones como tamaños muestrales pequeños y escasos estudios al respecto y señala la necesidad de futuras investigaciones.

A su vez, la “Guía de buenas prácticas basada en la evidencia” (30), que otorga a la musicoterapia un nivel de evidencia “1A”, respalda estos beneficios en el manejo de la ansiedad y el dolor, además de en la calidad de vida de pacientes de edad avanzada.

La musicoterapia es una técnica sencilla, barata y segura, que ha demostrado su eficacia en los síntomas de ansiedad y dolor. Por consiguiente consideramos que esta terapia sería una herramienta muy útil que puede aplicarse en el ámbito de cuidados paliativos.

Espiritual

La eficacia del cuidado espiritual ha empezado a ser estudiada muy recientemente, probablemente debido a la dificultad que supone su estudio y valoración, al predominante enfoque biologicista y al hecho de que normalmente estas intervenciones tienen lugar fuera del sistema sanitario.

Como este campo de estudio es muy reciente, en la actualidad se están delimitando los aspectos a investigar para desarrollar futuras investigaciones. Uno de los estudios revisados hace referencia a la priorización que realizan los profesionales sanitarios: Diseñar una herramienta para identificar necesidades espirituales, desarrollar modelos para mantener conversaciones espirituales eficaces y desarrollar y evaluar intervenciones en cuidados espirituales. (51)

Esta falta de investigación se ve reflejada en la revisión narrativa encontrada al respecto (53), que ha revisado todos los ensayos clínicos aleatorizados existentes sobre cuidados espirituales y religiosos hasta 2011, y solo incluye 5 ensayos, todos ellos realizados en EEUU. Además estos ensayos presentaban una calidad metodológica muy baja que imposibilitó obtener resultados significativos sobre su eficacia en los cuidados paliativos.

La aplicabilidad de los cuidados espirituales y religiosos a los cuidados paliativos es poco factible en la actualidad debido a la falta de investigación en este ámbito y al insuficiente desarrollo de estos cuidados dentro del sistema sanitario.

Sin embargo, consideramos muy pertinentes futuras investigaciones sobre estas terapias, ya que los pacientes en cuidados paliativos presentan muchas inquietudes espirituales y el poder manejar de forma adecuada estas intervenciones ayudaría a mejorar el afrontamiento de estos pacientes hacia su enfermedad y hacia la muerte, y aumentaría su calidad de vida y de muerte. (51)

Yoga

Los pacientes de cuidados paliativos que recurrieron al yoga obtuvieron beneficios psicosocioespirituales, obteniendo los mejores resultados cuando se aplicaba en combinación con la danza. Estos resultados solo se han observado en un único estudio analítico observacional que reflejó una disminución de preocupaciones y un aumento de bienestar en los pacientes que recibieron sesiones de yoga. (52)

Es posible que la obtención de un único artículo sobre esta terapia se deba a que la investigación científica del yoga como herramienta terapéutica se ha centrado sobre todo en indagar su eficacia en el manejo de alteraciones de la salud mental, no habiéndose desarrollado suficientemente su aplicación en los cuidados paliativos. (30)

Esta revisión no puede recomendar la aplicación del yoga en este tipo de cuidados ya que dispone únicamente de un artículo al respecto. Sin embargo, teniendo en cuenta el nivel de evidencia “1B” que otorga la “Guía de buenas prácticas basada en la evidencia” (30) a esta terapia en el manejo de síntomas oncológicos y sumando los beneficios que se reflejan en este estudio, creemos que su incorporación a los cuidados paliativos podría ser positiva. No obstante, consideramos que su aplicabilidad debería ser explorada en futuras investigaciones.

Masaje

La mayoría de los artículos analizados sobre el masaje son analíticos y lo estudian asociado a otras TC, concretamente a reiki (54) (57) y aromaterapia (54) (56). El masaje asociado a la aromaterapia disminuye la ansiedad a corto plazo (56). Solamente uno de los artículos explora sus beneficios en solitario, y estos son la disminución de ansiedad, dolor y disnea y el aumento de relajación y paz interior. Estos beneficios son muy similares a los obtenidos al asociar el masaje con el reiki (57) o con el reiki y la aromaterapia (54). Si bien los beneficios son muy parecidos, el estudio que obtiene mejores resultados en un mayor número de síntomas es el que combina más TC, en este caso masaje con aromaterapia, reiki y toque terapéutico. (54)

No tenemos un nivel de evidencia asociado al masaje, pero sí al reiki y la aromaterapia, cuyo nivel de evidencia es “1B” para el tratamiento de los síntomas de pacientes oncológicos según la “Guía de buenas prácticas basada en la evidencia”. (30)

También se ha estudiado la eficacia del reiki sobre la calidad de vida, la fatiga y el dolor crónico en pacientes con lesión medular o fibromialgia, con resultados prometedores. (30)

Debido a los resultados positivos del masaje solo o en combinación con otras TC y a sus escasos efectos adversos, consideramos que su aplicación en los cuidados paliativos sería recomendable por tratarse de una técnica segura y beneficiosa.

Las TC son un grupo muy amplio y heterogéneo de técnicas, pero en los resultados de las búsquedas realizadas para este trabajo hemos obtenido un número reducido de ellas. De entre las terapias estudiadas consideramos que las más susceptibles de ser aplicadas al ámbito de los cuidados paliativos son la acupuntura, la musicoterapia y el masaje solo

o en combinación con reiki y aromaterapia. Sin embargo nuestra revisión narrativa no es suficiente para demostrar científicamente su aplicabilidad.

Debemos tener en cuenta que la investigación científica entorno a estas terapias es muy reciente, pues ha comenzado a evaluarse a finales del siglo XX y el número de estudios publicados aún es muy escaso. Esto se debe en parte a que el método científico se aplicaba exclusivamente a la medicina clínica, que ignoraba o rechazaba las TC, y por tanto no las estudiaba. (3) Esto se refleja en varios artículos, en los cuales los usuarios de TC admiten no comunicar a sus médicos que usan estas terapias por miedo a su rechazo o desacuerdo. (36) (38)

Además, el uso de las TC forma parte de la cultura de distintas sociedades y ha predominado siempre en los países menos desarrollados, donde la medicina convencional no está al alcance de toda la población y el método científico no está desarrollado. No ha sido hasta el siglo XX, cuando se ha producido un aumento en la prevalencia de su uso en los países más desarrollados, que ha aumentado la investigación científica de estas técnicas. (3)

También estos estudios cuentan con numerosas barreras metodológicas, ya que es muy difícil realizar ensayos clínicos aleatorizados de estas intervenciones. Esto se debe, por una parte, a que la mayoría persigue beneficios en las esferas psicológica, emocional y espiritual, siendo estos parámetros (calidad de vida, bienestar, tranquilidad, paz interior...) muy subjetivos y difíciles de medir. Tampoco se conoce suficientemente el mecanismo de acción de muchas de estas terapias. (3)

Por otra parte resulta muy difícil realizar técnicas de enmascaramiento (ciego o doble ciego) con este tipo de terapias y, además seleccionar una intervención como grupo control. En algunos estudios sobre TC no hay grupo control o éste no queda bien definido, por lo que no se puede descartar que los beneficios del grupo de la TC se deban al efecto placebo. En otros intentan resolver este problema comparando dos terapias complementarias diferentes entre sí. (3)

A todo lo anteriormente mencionado se suma que los estudios cuentan con un tamaño muestral muy reducido, por lo tanto se evidencia que la calidad metodológica de estos estudios como diseños científicos es muy baja, lo cual imposibilita obtener resultados concluyentes y conocer la eficacia y aplicabilidad de estas terapias. (3)

A todas estas limitaciones metodológicas que se reflejan en nuestros estudios analíticos, se añade la dificultad de evaluar la mejora de la sintomatología tanto física como psicológica o emocional en un grupo de pacientes tan complejo como es el de los cuidados paliativos.

Estos pacientes se encuentran en una etapa muy difícil de su vida debido a la gran carga emocional y psicológica y al deterioro físico que supone la proximidad de la muerte. En estas condiciones, es difícil percibir los efectos positivos de un tratamiento, sobre todo cuando la finalidad del mismo no es la curación. Por ello analizar la eficacia y los beneficios que las TC pueden aportar a este tipo de pacientes es un proceso muy complejo.

Consideramos que el escaso nivel de evidencia científica no implica que se deban rechazar estas terapias, pues no se niegan sus beneficios, si no que serían necesarias investigaciones más rigurosas y de mejor calidad al respecto. En algunos de los artículos observamos evidencia de mejoras en el manejo de algunos síntomas y en la satisfacción del paciente.

Además de la escasa evidencia científica, la aplicación de estas terapias al sistema sanitario cuenta con numerosas barreras. Existe una falta importante de apoyo institucional a la incorporación de estas terapias entre los cuidados habituales. Esto se debe principalmente a la mentalidad de numerosos profesionales sanitarios, que dan prioridad al componente físico de la enfermedad y en consecuencia restan importancia al cuidado holístico que persiguen estas intervenciones. (3)

El colectivo enfermero, aunque sí da más importancia al cuidado holístico y valora los beneficios de estas terapias, en muchas ocasiones se oponen a ellas porque supondrían una mayor carga laboral en su práctica diaria y argumentan que no disponen del tiempo suficiente para realizarlas. (37)

Otra barrera para su implementación son los escasos conocimientos de los profesionales sanitarios sobre las TC (33) (37). Para salvar esta barrera se podrían ofertar más cursos de grado y postgrado que formen adecuadamente al personal.

Por último, otra gran barrera muy limitante para su inclusión en el sistema sanitario es la financiación. Se destinan muy pocos fondos a la investigación y provisión de las TC (32) (33) (37). Esta falta de fondos para su investigación puede deberse a que muchos

de los estudios analíticos experimentales están financiados por la industria farmacéutica, que no muestra ningún interés en las TC porque son más económicas y no se lucrarían mucho con ellas. (3)

Limitaciones

Nuestros resultados cuentan con una limitación importante. Para la búsqueda de los artículos en las bases de datos se usaron como filtros los idiomas de inglés, francés y español. Consideramos que esta puede ser una limitación significativa ya que muchos tipos de TC son originarias y están más desarrolladas en países orientales, y es posible que existan estudios escritos en otros idiomas que hayan quedado fuera de esta revisión.

El reducido número y la baja calidad metodológica de los artículos experimentales revisados sobre TC en cuidados paliativos nos impide extraer conclusiones categóricas acerca de su eficacia y por consiguiente su aplicación.

CONCLUSIÓN

Las TC parecen mostrar beneficios en el manejo de algunos síntomas característicos de los pacientes que requieren cuidados paliativos. Se trata de intervenciones que siempre que sean aplicadas por profesionales cualificados son seguras, pues sus efectos adversos son mínimos y leves. Además de actuar sobre síntomas como el dolor, la ansiedad, las náuseas y los vómitos, también influyen positivamente en aspectos tan complejos como la tranquilidad, la paz interior o la calidad de vida.

De entre las TC que se han podido revisar en este trabajo consideramos que podrían ser aplicadas a los cuidados paliativos, la acupuntura, la musicoterapia y el masaje solo o en combinación con el reiki y la aromaterapia. Con esta revisión no podemos conocer el grado de aplicabilidad del yoga, la danza y el cuidado espiritual debido a que los resultados al respecto son escasos y poco significativos.

En resumen, no hay investigación de calidad suficiente que confirme científicamente la eficacia y aplicabilidad de las TC a los cuidados paliativos, pero tampoco niega sus beneficios, es más, parecen dar buenos resultados en este grupo de pacientes. Por ello es necesario e imperioso que se incremente el número de investigaciones en este campo.

Para salvar las dificultades existentes para la aplicación de las TC de forma adecuada y segura en los cuidados paliativos, es necesario desarrollar la formación de los profesionales y proporcionarles herramientas para utilizar estas terapias, destinar recursos materiales, humanos y económicos, trabajar sobre el rechazo que muestran algunos profesionales hacia este tipo de intervenciones y mejorar la legislación y regulación existente sobre las mismas.

En conclusión, consideramos que superando las barreras existentes, la aplicación de las TC podría ofrecer muchos beneficios a los pacientes que requieren cuidados paliativos debido a sus características. Las TC y los cuidados paliativos comparten objetivos y valores, pues ambos persiguen aumentar la calidad de vida y el confort. Las TC son una herramienta terapéutica alternativa a los fármacos, los cuales en este grupo de pacientes suponen más riesgos que beneficios en muchas ocasiones. Además en esta fase es importante reducir todo lo posible el sufrimiento, y debemos emplear todos los recursos disponibles para conseguirlo. Por tanto es importante que el personal sanitario abra la mente y considere opciones diferentes al tratamiento médico convencional si éstas pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que han contribuido de alguna forma a la realización de este trabajo.

En primer lugar queremos agradecer a nuestra tutora del TFG, Matilde Tenorio Matanzo, su inestimable ayuda y guía en el desarrollo de esta revisión narrativa.

En segundo lugar, queremos dar las gracias a la Universidad Autónoma de Madrid por facilitarnos el acceso a las bases de datos revisadas y por proporcionarnos los artículos que de otra manera no hubiéramos podido obtener.

En tercer lugar agradecemos a Coro Canalejas Pérez, como tutora de PAT, su apoyo a lo largo de este proyecto.

Por último, hacemos una mención especial a nuestras familias, amigos y compañeros, a los que queremos agradecer que nos hayan acompañado a lo largo de todo el curso y ayudado a perfeccionar este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Zhang X. [actualizado 2016; citado 16 Feb 2016.] Organización Mundial de la Salud: Medicina tradicional. Disponible en: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/.
- (2) Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. AECC. [actualizado 22 Abr 2016; citado 15 Nov 2015] Terapias complementarias y alternativas. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/Tratamientos/terapiascomplementariasyalternativas/Paginas/terapiascomplementariasyalternativas.aspx>
- (3) González E, Quindós AI. La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud [tesis máster]. Barcelona (España): Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona; 2010.
- (4) Gordon JS. The White House Commission on Complementary and Alternative Medicine Policy and the Future of Healthcare. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 2004; 10(5):20-24.
- (5) National Center for Complementary and Alternative Medicine [Internet]. EEUU: US Department of Health and Human Services; [actualizado 25 Sept 2000; citado 18 Nov 2015]. Disponible en: <https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/about/plans/fiveyear/fiveyear.pdf>
- (6) Palomar Gallardo C. Introducción a los cuidados paliativos. En: Pérez García E, Gómez Salgado J, Bennasar Veny M, editores. *Fundamentos de los cuidados paliativos*. 1ª ed. Madrid: Enfo Ediciones; 2008. p. 35-63.
- (7) European Association of Palliative Care [Internet]. European Association of Palliative Care. [actualizado 03 Abr 2016; citado 11 Nov 2015]; Disponible en: <http://www.eapcnet.eu/>
- (8) Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS Cuidados Paliativos. [actualizado 2016; citado 20 Dic 2015] Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>.

- (9) Mansilla López M, Muñoz Mansilla B. Principios generales de los cuidados paliativos. En: Pérez García E, Gómez Salgado J, Bennasar Veny M, editores. Fundamentos de los cuidados paliativos. 1ª ed. Madrid: Enfo Ediciones; 2008. p. 103-129.
- (10) García Hernández A. El duelo: afrontamiento de las pérdidas en Cuidados Paliativos. En: García González A, editor. Enfermería en cuidados paliativos. 1ª ed. España: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2011. p. 35-47.
- (11) Fuentes Terrazas E, Allende Pérez S, Verástegui Avilés E. Introducción a los cuidados paliativos. En: Allende Pérez S, Verástegui Avilés E, editores. El ABC en Medicina Paliativa. 1ª ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 1-9.
- (12) Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. [Internet]. Hong Kong (China); 2013.[actualizado 2016; citado 19 Dic 2015]
- (13) Observatorio de las Terapias Naturales. Presentación del primer estudio sobre el uso y hábitos del consumo de las terapias naturales en España. ; 2008.
- (14) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [Internet]. España: MSPSI. [actualizado 19 Dic 2011; citado 11 Feb, 2016.]Análisis de situación de las terapias naturales. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf>
- (15) Sobrín Valbuena, CV. Las terapias naturales entran en escena en enfermería. Excelencia Enfermera; 2005.
- (16) World Health Organization [Internet]. Londres: Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Stephen R.; [actualizado Ene 2014; citado 11 Feb, 2016] Disponible en: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- (17) SECPAL. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. [Internet].Madrid:

- SECPAL;[actualizado May 2012; citado 20Ene, 2016]. Disponible en: http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=b4QLW_88jvs%3d&tabid=736
- (18) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud [Internet]. España:Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;2013 [acceso 20 Ene 2016] Disponible en www.msssi.gob.es.
- (19) Carnicero Giménez J. Health Systems in Transition. España: Análisis del sistema sanitario 2010 [Internet]. España: Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud; 2010 [acceso 19 de diciembre de 2016]. Disponible en: www.sespa.es/adminweb/uploads/docs/InformeHiT_SP.pdf
- (20) Complementary and Alternative Medicine CAM - for a healthier Europe [Internet].Bruselas: EUROCAM;[actualizado 5 Abr 2012; citado 19Feb, 2016] Disponible en: <http://www.cam-europe.eu/cambrella-reports.php>.
- (21) Wiesener S. Disharmonized regulation of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Europe -Implications for patients' safety University of Stavanger [tesis máster].Stavanger (Noruega): University of Stavanger; 2013.
- (22) España. Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. BOE, 27 de julio de 2006, núm. 178, p. 28122-28165
- (23) España. Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. BOE, 7 de noviembre de 2007, núm. 267, p.45652-45698
- (24) ORDEN SCO/190/2004, de 28 de enero, por la que se establece la lista de plantas cuya venta al público queda prohibida o restringida por razón de su toxicidad. BOE, 6 de febrero de 2004, núm. 32, p.5061-5065.
- (25) Quesada Tristan L. Derechos Humanos y Cuidados Paliativos. Revista Médica Hondureña. 2008;76(1):39-43.
- (26) Benavent Garcés A, Ferrer Ferrandis E, Francisco C. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed. España: DAE; 2009.

- (27) García-Gómez S. Integración de las terapias naturales en los Cuidados Paliativos. En: García-González A, editor. Enfermería en cuidados paliativos. 1ª ed. España: Centro de Estudios Ramón Areces; 2011. p. 271-284.
- (28) Ender M, Lindquist R. Terapias complementarias y alternativas en enfermería. 6ª ed. México: El Manual Moderno; 2011.
- (29) Micozzi M. Fundamentos de Medicina Alternativa y Complementaria. 1ª ed. Barcelona (España): Paidotribo; 2000.
- (30) Blanco-Blanco J, Esquinas-López C, Gea-Sánchez et. al M. Guía de buenas prácticas basada en la evidencia: Mejoremos la calidad de vida y el bienestar de las personas mediante las terapias naturales y complementarias. 1ª ed. Barcelona (España): Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya; 2014.
- (31) Van Hyfte G, Kozak L, Lepore M. A Survey of the Use of Complementary and Alternative Medicine in Illinois Hospice and Palliative Care Organizations. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2013;31(5):553-561.
- (32) Olotu B, Brown C, Barner J, Lawson K. Factors Associated With Hospices' Provision of Complementary and Alternative Medicine. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2013;31(4):385-391.
- (33) Latina R, Mastroianni C, Sansoni J, Piredda M, Casale G, D'Angelo D, et al. The use of complementary therapies for chronic pain in Italian hospices. Prof Inferm 2012;65(4):244-250.
- (34) Tomlinson D, Hesser T, Ethier M, Sung L. Complementary and alternative medicine use in pediatric cancer reported during palliative phase of disease. Support Care Cancer. 2010;19(11):1857-1863.
- (35) Paul M, Davey B, Senf B, Stoll C, Münstedt K, Mücke R et al. Patients with advanced cancer and their usage of complementary and alternative medicine. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology. 2013;139(9):1515-1522.

- (36) Choi J, Chang Y, Hong Y, Heo D, Kim S, Lee J et al. Complementary and Alternative Medicine Use among Cancer Patients at the End of Life: Korean National Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(4):1419-1424.
- (37) Olotu B, Brown C, Lawson K, Barner J. Complementary and Alternative Medicine Utilization in Texas Hospices: Prevalence, Importance, and Challenges. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2013;31(3):254-259.
- (38) Verhoef M. Complementary and alternative approaches in palliative care: why are advanced cancer patients using them?. *Progress in Palliative Care*. 2012;20(5):264-271.
- (39) Belletti M, Mallia L, Lucidi F, Reichmann S, Mastroianni C, De Marinis M et al. Complementary therapy and support services for formal and informal caregivers in Italian palliative care hospices: an exploratory and descriptive study. *Support Care Cancer*. 2010;19(12):1939-1947.
- (40) Leong M, Smith T, Rowland-Seymour A. Complementary and Integrative Medicine for Older Adults in Palliative Care. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2015;31(2):177-191.
- (41) Caires JS, Andrade TA, do Amaral JB, de Andrade Calasans MT, da Silva Rocha MD. The use of complementary therapies in palliative care: Benefits and Purposes. *Cogitare Enfermagem* 2014;19(3).
- (42) Lian W, Pan M, Zhou D, Zhang Z. Evidence-based integrative medicine: Effectiveness of acupuncture for palliative care in cancer patients: A systematic review. *Chinese Journal of Integrative Medicine*. 2013;20(2):136-147.
- (43) Leng G. Use of acupuncture in hospices and palliative care services in the UK. *Acupuncture in Medicine*. 2012;31(1):16-22.
- (44) Towler P, Molassiotis A, Brearley S. What is the evidence for the use of acupuncture as an intervention for symptom management in cancer supportive and palliative care: an integrative overview of reviews. *Support Care Cancer*. 2013;21(10):2913-2923.

- (45) Posadzki P, Moon T, Choi T, Park T, Lee M, Ernst E. Acupuncture for cancer-related fatigue: a systematic review of randomized clinical trials. *Support Care Cancer*. 2013;21(7):2067-2073
- (46) Lim J, Wong E, Aung S. Is there a role for acupuncture in the symptom management of patients receiving palliative care for cancer? A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse-led supportive care. *Acupuncture in Medicine*. 2011;29(3):173-179.
- (47) Archie P, Bruera E, Cohen L. Music-based interventions in palliative cancer care: a review of quantitative studies and neurobiological literature. *Support Care Cancer*. 2013;21(9):2609-2624.
- (48) Bradt J, Dileo C. Music therapy for end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010;1.
- (49) Gutgsell K, Schluchter M, Margevicius S, DeGolia P, McLaughlin B, Harris M et al. Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2013;45(5):822-831.
- (50) Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C. Research Priorities in Spiritual Care: An International Survey of Palliative Care Researchers and Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014;48(4):518-531.
- (51) El Nawawi N, Balboni M, Balboni T. Palliative care and spiritual care: The Crucial Role of Spiritual Care in the Care of Patients with Advanced Illness. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2012;6(2):269-274.
- (52) Selman L, Williams J, Simms V. A mixed-methods evaluation of complementary therapy services in palliative care: yoga and dance therapy. *European Journal of Cancer Care*. 2011;21(1):87-97.
- (53) Wiffen P. Spiritual And Religious Interventions For Well-Being Of Adults In The Terminal Phase Of Disease. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2012;26(4):380-380.

- (54) Berger L, Tavares M, Berger B. A Canadian Experience of Integrating Complementary Therapy in a Hospital Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*. 2013;16(10):1294-1298.
- (55) Mitchinson A, Fletcher C, Kim H, Montagnini M, Hinshaw D. Integrating Massage Therapy Within the Palliative Care of Veterans With Advanced Illnesses: An Outcome Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2013;31(1):6-12.
- (56) Serfaty M, Wilkinson S, Freeman C, Mannix K, King M. The ToT Study: Helping with Touch or Talk (ToT): a pilot randomised controlled trial to examine the clinical effectiveness of aromatherapy massage versus cognitive behaviour therapy for emotional distress in patients in cancer/palliative care. *Psycho-Oncology*. 2011;21(5):563-569.
- (57) Vandergrift A. Use of Complementary Therapies in Hospice and Palliative Care. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. 2013;67(1-2):227-232.
- (58) Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día*. 2003;2(2):39-42.

ANEXO 1: Niveles de evidencia Center for Evidence Based Medicine (CEBM)

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1c	Práctica clínica ("todos o ninguno") (*)
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad.
2b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (**)
2c	<i>Outcomes research</i> (***), estudios ecológicos.
3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad.
3b	Estudio de casos y controles.
4	Serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad (****)
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, <i>bench research</i> o <i>first principles</i> (*****)

Se debe añadir un signo menos (-) para indicar que el nivel de evidencia no es concluyente si:

- Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza amplio y no estadísticamente significativo.
- Revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa.

(*) Cuando todos los pacientes mueren antes de que un determinado tratamiento esté disponible, y con él algunos pacientes sobreviven, o bien cuando algunos pacientes morían antes de su disponibilidad, y con él no muere ninguno.

(**) Por ejemplo, con seguimiento inferior al 80%.

(***) El término *outcomes research* hace referencia a estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben.

(****) Estudio de cohortes: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas y/o sin seguimiento completo y suficientemente prolongado. Estudio de casos y controles: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas.

(*****) El término *first principles* hace referencia a la adopción de determinada práctica clínica basada en principios fisiopatológicos.

(58)

